Kritische Zusammenstellung

der

in den Jahren 1897–1902 in der Tübinger Poliklinik
zur Behandlung gekommenen Fälle

von

croupöser Pneumonie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

von

Dr Theodor v. Jürgensen

o. ö. Professor der Medizin, Vorstand der Poliklinik an der Universität Tübingen.

Der medizinischen Fakultät in Tübingen

vorgelegt

von

Albert Werfer
approb. Arzt aus Ellwangen
Assistenzarzt am Marienspital in Stuttgart.

ACAD. MED. HAT. TUBING.

Tübingen
Verlag von Franz Pietzcker
1904.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät Tübingen
Referent: Professor v. Jürgensen. 30. 1. 04.

Druck von O. Riecker's Buchdruckerei (A. & S. Weil) in Tübingen.

Meinem Vater
in Dankbarkeit gewidmet!

Die an der Tübinger Poliklinik gemachte Wahrnehmung von dem Rückgange der croupösen Pneumonie und dem vielfach atypischen und gefährlichen Charakter derselben bei Kindern hat die Veranlassung gegeben, die in den letzten 6 Jahren in poliklinische Behandlung gekommenen Fälle von croupöser Pneumonie zusammenzustellen.

	Tübingen	Lustnau	Alter −5	5−10	10−20	20−30	30−40	40−50	50−70	70−	1897 Dauer (bis zum Abfall des Fiebers)	Sitz der Krankheit Rechte	Linke Lunge
Johann St.	—	1							62		22. V.—31. V. (kritisch)		Unterlappen
Gebhard R.	1	—	1								25. XI.—5. XII. (lytisch)		Oberlappen
Eugen K.	1	—	4								9. I.—12 I. (lytisch)		Unterlappen
Wilhelm L.	1	–		6							14. XII.—20 XII. (kritisch)	Unterlappen	
Christian F.	—	1					37				28. IX.—4. X. (kritisch)		Unterlappen
Karl K.	1						37				27. X.—6 XI. (kritisch)	Ober-,Mittel-Unterlappen	
August R.	1	—				26					26. VI.—2. VII. (kritisch)	Unterlappen	
Christian R.	—	1				28					10. I.—17. I. (lytisch)	Unterlappen	
Abraham H.	1	—								72	22. VII.—25. VII. †	Oberlappen	
Friedrich F.	—	1							56		2. V.—11. V. (kritisch)		Unterlappen
Paul K.	—	1					39				4. VII.—7. VII. (kritisch)		Unterlappen
Johannes H.	—	1							53		7. VIII —9. VIII. †	Oberlappen	
Matthäus L.	1	–							59		17. V.—2 VI. (lytisch)		Unterlappen
ChristianSch.	—	1							61		5. IV.—14. IV. (lytisch)	Unterlappen	
Friedrich R.	—	1				29					31. V.—5 VI. (kritisch)		Oberlappen
Karl M.	—	1			18						10. II.—12. II. (kritisch)		Unterlappen
Karl Th.	—	1				27					25. VI.—29. VI. (kritisch)	Unterlappen	
Friedrich B.	—	1					38				26. II.—5. III. †	Unterlappen	
Gottlob W.	—	1		5							7. IV.—16. IV. (kritisch)	Unterlappen	
Sophie V.	1	—			17						26. XI.—30. XI. (kritisch)		Unterlappen
Karoline F.	—	1	3/4								14. V.—18. 5. (kritisch)		Unterlappen
Marie Z.	—	1						41			17. X.—25. X. (kritisch)	Unterlappen	
Emerentia N.	1	—							63		10. XI.—16 XI. †		Ober-Unterlappen
Marie L.	1	—		7							25. X.—1. XI. (kritisch)	Unterlappen	
Emilie Z.	1	—		5							7. XII.—12. XII. (lytisch)		Oberlappen
Bertha K.	1	—									25. XII.—31. XII. (kritisch)		Unterlappen

	Tübingen	Lustnau	Alter								1897 Dauer (bis zum Abfall des Fiebers	Sitz der Krankheit	
			—5	5—10	10—20	20—30	30—40	40—50	50—70	70—		Rechte	Linke Lunge
Rosine H.	1	—		6							21. XI.—27. XI (kritisch)	Oberlappen	
Christine Sp.	1	—							62		30. III.–5. IV (kritisch)	Unterlappen	
Anna F.	—	1								74	24. I—30. I. (lytisch)		Unterlappen
Luise S.	1	–								76	25. XI.—28. XI. †	Oberlappen	
Marie M.	—	1	2								30 VII.—8. VIII. (kritisch)		Unterlappen
31 Personen	15	16	5	5	2	4	4	1	7	3		15	16
19 männliche	7	12	2	2	1	4	4	—	5	1		4 mal der Oberlappen 10 mal der Unterlappen	3 mal der Oberlappen 12 mal der Unterlappen
12 weibliche	8	4	3	3	1	—	—	1	2	2		1 mal die ganze r. Lunge	1 mal die ganze l. Lunge

Im Jahre **1897** wurden **31** Personen wegen Lungenentzündung poliklinisch behandelt. Davon fallen auf Tübingen 15, auf Lustnau 16. Es sind 19 männliche und 12 weibliche Personen.

Es erkrankten im Alter bis

zu	5 Jahren	5 Personen
von	5—10 Jahren . . .	5 „
von	10—20 „	2 „
von	20—30 „	4 „
von	30—40 „	4 „
von	40—50 „	1 „
von	50—70 „	7 „
von	70— „	3 „

Es war 15 mal die rechte und 16 mal die linke Lunge erkrankt.

Auf den r. Oberlappen kamen 4 Erkrankungen,
„ „ „ Unterlappen „ 10 „
Einmal war die ganze r. Lunge ergriffen.

Auf den l. Oberlappen kommen 3 Erkrankungen,
„ „ „ Oberlappen „ 12 „
Keine doppelseitige Erkrankung.

Die Krankheitsfälle verteilen sich folgendermassen über das Jahr:

Auf das Winterhalbjahr (1. Dezember bis letzten Mai) kommen 16 Fälle und zwar:

Dezember	3	März	1
Januar	3	April	2
Februar	2	Mai	5

Auf das Sommerhalbjahr (1. Juni bis letzten November) kommen 15 Fälle:

Juni	2	September	1
Juli	3	Oktober	3
August	1	November	5

5 Todesfälle sind zu verzeichnen:

3 in Tübingen

1 männliche Person, 72 Jahre alt,

2 weibliche Personen, 63 und 76 Jahre alt.

Im ersten Falle handelt es sich um einen arteriosclerotischen Potator; in den beiden andern Fällen war ausser Arteriosclerose eine Komplikation nicht vorhanden.

2 in Lustnau

2 Männer, 38 und 53 Jahre alt.

Bei einem Fall war ausgedehnter Katarrh, auch der feineren Bronchien vorhanden und bei dem 53jährigen Manne bestand Emphysem und Herzdegeneration, ausserdem chronischer Magenkatarh.

Temperatur-Abfall erfolgte in 15 Fällen kritisch und in 7 Fällen lytisch.

	Tübingen	Lustnau	Alter —5	5—10	10—20	20—30	30—40	40—50	50—70	70—	1898 Dauer (bis zum Abfall des Fiebers)	Sitz der Krankheit Rechte	Linke Lunge
Otto R.	—	1	2								13. VI —16. VI. (kritisch)	Unterlappen	
Christian W.	—	1	3								12. VI.—14. VI. (kritisch)		Unterlappen
Wilhelm F.	—	1							57		27. VI.— 4./5. V. (lytisch)		Unterlappen
Friedrich. Q	—	1	2								31. XII.—6. I. (kritisch)		Oberlappen
Friedrich R.	—	1					30				8. XII.—16. XII. (kritisch)	Ober-, Mittel- u. Unterlapp	
Karl G.	1	—	4								9. VI.—16. VI. (kritisch)		Unterlappen
Karl K.	—	1									19. I.—16. II. (lytisch)	Wanderpneumonie Unterlappen	Unterlappen
Friedrich Pf.	—	1	4½								20. III.—25. III. (kritisch)		Unterlappen
Albert S.	1	—		6							20. III.—26. III. (kritisch)		Unterlappen
Christian K.	1	—							51		16. III.—23. III. (kritisch)	Unterlappen	
Gottlob W.	—	1		6							1. III.—7 III. (kritisch)		Unterlappen
Paul D.	—	1	¾								20. XI.—23 XI. (kritisch)	Unterlappen	
Fritz D.	1	—	4								1. V.—6./7. V. (lytisch)	Oberlappen	
Wilhelm M.	—	1					30				21. V.—27. V. (lytisch)		Unterlappen
Wilhelm M.	—	1					30				29. IX.—4. X. (kritisch)	Mittel- und Unterlappen	
Adolf Sch.	1	—		5							12. I.—19. I. (kritisch)	Oberlappen	
Frida W.	—	1	1								21. IV.—29. IV. (lytisch)		Unterlappen
Luise Sch.	—	1		6							6. V.—11. V. (kritisch)	Unterlappen	
Karoline B.	—	1			14						21. IV.—23. IV. (kritisch)		Unterlappen
Luise H.	1	—							52		22. IV.—1. V. (kritisch)	Ober- und Unterlappen	
Maria St.	—	1	1								7. III.—12. III. (kritisch)		Oberlappen
Marie K.	—	1	1½								4. III.—11. III. (kritisch)	Unterlappen	
Anna Pf.	—	1	2								13. III.—21. III. (kritisch)		Unterlappen
Emma R.	—	1	2								13. II.—27. II. (lytisch)		Unterlappen
Mathilde W.	1	—			14						6. II —12. II. (kritisch)	Unterlappen	
Emma R.	—	1	2								27. VII.—2. VIII. (kritisch)	Oberlappen	

	Tübingen	Lustnau	Alter —5	5—10	10—20	20—30	30—40	40—50	50—70	70—	1898 Dauer (bis zum Abfall des Fiebers	Sitz der Krankheit Rechte	Linke Lunge
Paula St.	1	--	1								15. V.— 18. V. (kritisch)		Unterlappen
Anna K.	1	—		7							10. V.—18. V. (kritisch)	Unterlappen	
Frida W.	1	—	1								18. V.—22. V. (kritisch)		Unterlappen
Marie B.	1	—								72	12. V.—20. V. (kritisch)		Unterlappen
Karoline D.	1	—			19						10. I.—18. I. (lytisch)		Unterlappen
Paula St.	—	1		7							28. I.—2. II. (kritisch)	Unterlappen	
Sophie K.	1				16						23. I.—28 I. (kritisch)		Unterlappen
Anna W.	1	—	2								9. IV.—13. IV. (kritisch)		Unterlappen
Klara E.	1		2								16. I.—20. I. (kritisch)	Oberlappen	
35 Personen	15	20	18	6	4		3	—	3	1		16	20
												4 mal der Oberlappen	2 mal der Oberlappen
16 männliche	5	11										10 mal der Unterlappen	18 mal der Unterlappen
19 weibliche	10	9										2 mal der Ober- und Unterlappen	

Es kamen also im Jahre **1898** wegen Lungenentzündung **35** Personen in poliklinische Behandlung und zwar 15 aus Tübingen und 20 aus Lustnau, 16 männliche und 19 weibliche.

Es erkrankten im Alter bis

zu 5 Jahren . . . 18 Personen
von 5—10 Jahren . . 6 „
von 10—20 „ . . 4 „
von 20—40 „ . . 3 „
von 50—70 „ . . 3 „
von 70— „ . . 1 „

Es war 16mal die rechte, 20mal die linke Lunge ergriffen (einmal beide Lungen).

Auf den r. Oberlappen kommen 4 Erkrankungen,
„ „ „ Unterlappen „ 10 „

Auf die ganze r. Lunge kommen 2 Erkrankungen.
Auf den l. Oberlappen kommen 2 Erkrankungen,
„ „ „ Unterlappen „ 18 „
Eine doppelseitige Erkrankung (beide Unterlappen)

Auf Winter und Frühjahr, gerechnet vom 1. Dezember bis letzten Mai, kommen 30 Fälle und zwar:

Dezember	2	März	8
Januar	6	April	5
Februar	2	Mai	7

Auf Sommer und Herbst (vom 1. Juni bis letzten November gerechnet) kommen 5 Fälle und zwar:

Juni	2	September	—
Juli	1	Oktober	—
August	—	November	2

Ein Todesfall wegen Pneumonie ist in diesem Jahre zu verzeichnen:

Ein Mann von 51 Jahren aus Tübingen. 8 Tage nach dem Temperaturabfall und nachdem die Erscheinungen der Lungenentzündung verschwunden sind, plötzlich an Herzschwäche gestorben.

Der Temperaturabfall erfolgte 28 mal kritisch, 7 mal lytisch.

	Tübingen	Lustnau	Alter —5	5—10	10—20	20—30	30—40	40—50	50—70	70—	1899 Dauer (bis zum Abfall des Fiebers)	Sitz der Krankheit Rechte	Linke Lunge
Georg H.	—	1								74	13. IX —20. IX. lytisch		Unterlappen
Friedrich A.	—	1				27					1. X.—3. X. kritisch	Unterlappen	
Eugen D.	—	1	4								13. XI.—20. XI. kritisch		Ober- und Unterlappen
Christian A.	—	1							61		25. V.—31. V. kritisch		Unterlappen
Georg F.	—	1	1								20. V.—26. V. kritisch		Unterlappen
Karl K.	—	1									10. V.—18. V. kritisch		Unterlappen
Hans Sch.	—	1	1½								28. V.—4. VI. kritisch	Oberlappen	
Eugen M.		1	2								16. V.—28. V. kritisch	Oberlappen	
Karl F.	—	1	1								24. III.—27. III. kritisch	Unterlappen	
Ernst B.	—	1	3								24 VIII.—27. VIII kritisch		Unterlappen
Paul K.	—	1						41			16 III.—20. III. †	Unterlappen	
Georg F.	—	1		8							7. XII.—15 XII.	Unterlappen	
				6							18. XII.—28. XII. kritisch	Oberlappen	
Friedr. Sch.	1	—		9							22 XII.—26 XII. kritisch	Unterlappen	
Gustav K.	1	—									16 VII.— 25 VII. kritisch	Unterlappen	
Eugen L.	1	—	1½								4. I.—11. I. lytisch	Oberlappen	
Emma F.	1	—	4								2. VIII.—8. VIII. kritisch	Unterlappen	
Babette K.	1	—	1								24. VIII.—30. VIII. kritisch	Oberlappen	
Anna K.	1	—		9							14. VIII —21. VIII. kritisch		Oberlappen
Anna F.	1	—		6							22. XII.—26. XII. lytisch		Ober- und Unterlappen
Marie W.	1	—	3								15 VI.—18. VI. lytisch		Ober- und Unterlappen
Marie B	1	—					35				24 III.—29. III. kritisch		Ober- und Unterlappen
Luise M.	1	—	1½								1. VII.—6. VII. †	Ober- und Unterlappen	Ober- und Unterlappen
Sofie W.	1	—	2½								12. VI. 26. VI. lytisch	Unterlappen	Unterlappen
Friederike K.	1	—		9							5. VI.—12. VI. kritisch		Unterlappen
Magdalena M.	—	1					38				21. VI.—26. VI. kritisch		Unterlappen

	Tübingen	Lustnau	Alter									1899 Dauer (bis zum Abfall des Fiebers)	Sitz der Krankheit	
			—5	5—10	10—20	20—30	30—40	40—50	50—70	—70			Rechte	Linke Lunge
Marie W.		1	1 1/2									14.VIII.—21.VIII. lytisch		Unterlappen
Frida D.	—	1	2									2. IX.—11. IX. kritisch		Unterlappen
Rosa D.	—	1	1/4									20. VII.—23. VII. kritisch		Oberlappen
28 Personen	12	16	16	6	—	1	2	1	1	1			14	17
													2 mal d. ganze r. Lunge	2 doppelseit. Erkrankgn.
15 männliche	3	12	8	3	—	1	—	1	1	1			5 mal der Oberlappen	5 mal ganze l. Lunge
13 weibliche	9	4	8	3	—		2	—	—	—			7 mal der Unterlappen	2 mal der Oberlappen
														10 mal der Unterlappen

Das Jahr **1899** brachte **28** Patienten (15 männliche und 13 weibliche) wegen Lungenentzündung in die Behandlung der Poliklinik. 12 davon (3 männliche, 9 weibliche) fallen auf Tübingen und 16 (12 männliche und 4 weibliche) auf Lustnau.

Es erkrankten im Alter

bis zu 5 Jahren	. . .	16 Personen
von 5—10 Jahren	. .	6 „
von 10—20 „	. .	— „
von 20—30 „	. . .	1 „
von 30—40 „	. .	2 „
von 40—50 „	. .	1 „
von 50—70 „	. .	1 „
von 70 „	. .	1 „

Es war 14mal die rechte und 17mal die linke Lunge erkrankt.

Rechter Oberlappen ist 5mal, rechter Unterlappen 7mal, ganze r. Lunge 2mal ergriffen.

Linker Oberlappen war 2mal, linker Unterlappen 10mal erkrankt und 5mal die ganze linke Lunge ergriffen.

Es kamen 2 doppelseitige Erkrankungen vor; einmal war die ganze linke und rechte Lunge infiziert; das andere Mal waren beide Unterlappen ergriffen.

Auf das Winterhalbjahr kommen 12 Fälle; sie verteilen sich folgendermassen:

Dezember	3	März	3
Januar	1	April	0
Februar	0	Mai	5

Von den übrigen 16 Fällen kommen auf den

Juni	4	September	2
Juli	3	Oktober	1
August	5	November	1

In 20 Fällen erfolgte kritischer und in 6 Fällen lytischer Temperaturabfall.

2 Todesfälle sind zu verzeichnen. Der eine betrifft ein $1\,^1/_2$-jähriges Mädchen aus Tübingen. Die Sektion ergab disseminierte croupöse Pneumonie beiderseits, diffuse eitrige Bronchitis, parenchymatöse Hepatitis, Schwellung der Milz, fettige Degeneration der Nieren und subacute Gastroenteritis. Das Kind bietet laut Krankengeschichte das Bild schwerster Infektion und stirbt nach Eintritt der Krise an Herzschwäche.

Der andere Fall betrifft einen 41jährigen Mann aus Lustnau. Die Sektion ergab hier neben der Entzündung des rechten Unterlappens eine linksseitige chronische fibröse Pleuritis, Lipomatosis cordis interstitialis und parenchymatöse Trübung der inneren Organe.

	Tübingen	Lustnau	Alter: 5	5—10	10—20	20—30	30—40	40—50	50—70	70—	1900 Dauer (bis zum Abfall des Fiebers)	Sitz der Krankheit: Rechte	Linke Lunge
Christian Pf.		1	1								15. VI.—24. VI. kritisch	Unterlappen	
Johann Th.	—	1							54		28. XII.—3. I. lytisch	Ober- und Unterlappen	
Gottlieb M.	—	1						49			1. V.—9. V. kritisch	Unterlappen	
Karl K.	—	1		6							16. IV.—23. IV. kritisch	Oberlappen	
Karl Sch.	1	—	3/4								12. III.—18. III. lytisch		Unterlappen
Klara H.	1		1 1/2								11. VII.—16. VII. kritisch	Oberlappen	
Karoline S.	1	-					32				11. III.—18. III. lytisch		Unterlappen
Pauline St	1		1 1/2								3. I.—10. I. lytisch	Oberlappen	
Pauline F.	—	1		9							24. IV.—30. IV. kritisch	Ober- und Unterlappen	
Sofie K	—	1		5							9. V.—16. V. kritisch	Ober- und Unterlappen	
Emilie K.		1	2								3. VI.—5. VI. kritisch	Oberlappen	
Pauline B	—	1	1/4								22. VII.—29. VII †		Ober- und Unterlappen
12 Personen	4	8	6	3	—	—	1	1	1	—		9	3
5 männliche	1	4	2	1	–	—	—	1	1	—		3 mal d. ganze r. Lunge 4 mal der r. Oberlappen	1 mal d. ganze l. Lunge 2 mal der l. Unterlappen
7 weibliche	3	4	4	2	—	—	1	—	—			2 mal der r. Unterlappen	

Im Jahre **1900** wurden **12** Personen wegen Lungenentzündung in poliklinische Behandlung genommen und zwar 5 männliche und 7 weibliche. Auf Tübingen kommen 4 (1 männliche, 3 weibliche), auf Lustnau 8 (4 männliche, 4 weibliche).

Es erkrankten im Alter

bis zu 5 Jahren . . . 6 Personen
von 5—10 Jahren . . 3 „
von 10—20 „ . . — „
von 20 30 „ . . — „
von 30—40 „ . . 1 „
von 40—50 „ . . 1 „
von 50—70 „ . . 1 „

9mal war die rechte und 3 mal die linke Lunge erkrankt.

Rechter Oberlappen war 4mal, rechter Unterlappen 2mal und die ganze rechte Lunge 3mal ergriffen.

Von der linken Lunge waren 1mal beide Lappen und 2mal der Unterlappen allein erkrankt.

Eine doppelseitige Erkrankung kam nicht vor.

Auf das ganze Jahr verteilen sich die Fälle wie folgt:

Dezember	1	Juni	2
Januar	1	Juli	2
Februar	—	August	—
März	2	September	—
April	2	Oktober	—
Mai	2	November	—

Es kommen also auf die erste Hälfte 8, auf die zweite 4 Fälle.

Temperaturabfall erfolgte 7mal kritisch und 4mal lytisch.

Es starb ¼jähriges Mädchen aus Lustnau. Das Kind kam laut Krankengeschichte am dritten Krankheitstage mit ausgesprochener linksseitiger Pneumonie in poliklinische Behandlung und starb am 8. Krankheitstage ohne dass weitere Komplikationen aufgetreten waren.

	Tübingen	Lustnau	Alter 5	5—10	10—20	20—30	30—40	40—50	50—70	70—	1901 Dauer bis zum Abfall des Fiebers	Sitz der Erkrankung Rechte	Linke Lunge
Gustav K.	1	—		8							10. VI.—15. VI. kritisch	Unterlappen	
Clemens B.	1	—	3								8. VI.—16. VI. kritisch	Unterlappen	
Eugen L.	1	—	4								28. VI.—2. VII. kritisch	Unterlappen	
Rudolf R.	1	—	3/4								15. II.—15. III. †	Oberlappen	Unterlappen
Christian H.	—	1		5							1. V.—6. V. kritisch		Unterlappen
Friedrich G.	—	1							68		7. VI.—15. VI. †	Oberlappen	Unterlappen
Anna W.	1	—		5							1. VI.—15. VI. kritisch	Unterlappen	
Luise H.	1	—	3								5. VI—8. VI. kritisch	Oberlappen	
Pauline B.	1	—		7							31. V.—7. VI. kritisch	Oberlappen	
Anna H.	—	1		5							30. III.—5. IV. lytisch		Unterlappen
Emma H.	—	1	3/4								1. V.—8 V. kritisch		Unterlappen
Friederike M.	1	—					34				19. VI.—29. VI. lytisch	Oberlappen	
Marie Sch.	1	—		5							1. VII.—8 VII. lytisch	Unterlappen	
Barbara W.	—	1							56		24. IV.—1. V. kritisch		Ober- und Unterlappen
Marie A.	—	1		8							7. VI.—11. VI. lytisch		Unterlappen
15 Personen	9	6	5	7			1		2			10	7
6 männliche	4	2	3	2					1			5 mal der Oberlappen 5 mal der Unterlappen	bei 2 Fällen war r. Ober- u. 1 Unterlapp. ergriff.
9 weibliche	5	4	2	5			1		1				6 mal der Oberlappen 1 mal Ober- u. Unterlappen

Das Jahr **1901** bringt **15** Fälle von Pneumonie in poliklinische Behandlung. Das männliche Geschlecht ist 6 mal, das weibliche 9 mal betroffen. 9 Fälle (4 männliche und 5 weibliche) kommen auf Tübingen und 6 Fälle (2 männliche und 4 weibliche) auf Lustnau.

Es erkrankten im Alter

bis zu 5 Jahren . . . 5 Personen

von 5—10	Jahren	. . 7	Personen
von 10—20	„	. . —	„
von 20—30	„	. . —	„
von 30—40	„	. . —	„
von 40—50	„	. . —	„
von 50—70	„	. . 2	„
von 70—	„	. . —	„

Es war 10mal die rechte und 7mal die linke Lunge erkrankt.

Rechter Ober- und Unterlappen waren je 5mal betroffen.

Der linke Oberlappen war 1mal zusammen mit linkem Unterlappen erkrankt; linker Unterlappen allein 5mal.

Zwei doppelseitige Erkrankungen kamen vor (rechter Ober- und linker Unterlappen).

Auf die Zeit vom 1. Dezember bis letzten Mai kommen 6 Fälle:

Dezember	—	März	1
Januar	—	April	1
Februar	1	Mai	3

Auf die andere Hälfte des Jahres kommen 9 Fälle und zwar auf

Juni	8	September	—
Juli	1	Oktober	—
August	—	November	—

Zwei Todesfälle sind zu verzeichnen: Der eine betrifft einen $^3/_4$ Jahre alten Knaben aus Tübingen, der andere einen 68jährigen Mann ebendaher. Im ersten Falle handelte es sich um eine Wanderpneumonie (Herde im rechten Ober- und linken Unterlappen), die ein durch Rachitis und abgelaufenen Keuchhusten geschwächtes Kind betraf. Nachdem 8 Tage nach Beginn der Erkrankung die Krise eingetreten war, steigt die Temperatur 2 Tage später und mit der Temperatursteigerung tritt Verbreiterung der Dämpfung auf. Exitus nach 3wöchentlicher Krankheit.

Im anderen Falle war die betreffende Person schon in ärztlicher Behandlung wegen Klappenfehlers, als die Lungenentzündung auftrat. Der Tod trat infolge von Herzinsufizienz ein. Die Sektion ergab neben der Entzündung des rechten Ober- und linken Unterlappens eine alte Stenose der Aorta mit Dilatation und Hypertrophie des linken Ventrikels.

In 9 Fällen zeigte sich ein kritischer und in 4 Fällen ein lytischer Temperaturabfall.

	Tübingen	Lustnau	Alter — 5	5—10	10—20	20—30	30—40	40—50	50—70	70—	1902 Dauer (bis zum Abfall des Fiebers)	Sitz der Krankheit Rechte	Linke Lunge
Karl J.	1	—		9							9 XI.—13. XI. (lytisch)	Unterlappen	
Wilhelm W.	—	1		5							5. I.—12. I (kritisch)		Ober-Unterlappen
Ernst R.	—	1	1								19. XI.—25. XI (lytisch)	Oberlappen	Oberlappen
Wilhelm K.	1	—	2								25. VI —13. VII †	Ober-, Mittel-Unterlappen	
And. Sch.	1	—		8							28. XI.—4. XII. (kritisch)		Ober-Unterlappen
Eduard G.	1								64		19. XI. †	Oberlappen	
Magdalena F.	—	1						48			7. I—15. I. (lytisch)		Unterlappen
Marie K.	—	1							51		7. VI.—21. VI. (kritisch)	Ober, Mittel-Unterlappen	
Marie B.	—	1	3½								1. XII.—4. XII. (kritisch)		Unterlappen
Katharina S.	—	1					38				29. XI.—6. XII (kritisch)	Unterlappen	Unterlappen
Pauline L.	—	1	4								1. XI—8. XI. (kritisch)		Oberlappen
Rosine K.	1	—		6							18. IV.—16. IV. (kritisch)		Unterlappen
12 Patienten	5	7	4	4			1	1	1			6	8
6 männliche	4	2	2	3			—	—	1			2 mal die ganze Lunge 2 mal der Oberlappen	2 doppelseit Erkrankgn. 2 mal die ganze Lunge
6 weibliche	1	5	2	1			1	1	1			2 mal der Unterlappen	2 mal Oberlappen 4 mal Unterlappen

Im Jahre **1902** hat die Poliklinik **12** Fälle von Lungenentzündung zu verzeichnen. Sie verteilen sich in gleicher Weise unter die Geschlechter (6:6). Auf Tübingen kommen 5, (4 männliche, 1 weibliche), auf Lustnau 7 (2 männliche, 5 weibliche Patienten).

Es erkrankten im Alter

bis zu 5 Jahren . . . 4 Personen
von 5—10 Jahren . . 4 „
von 10—20 „ . . — „
von 20—30 „ . . — „
von 30—40 „ . . 1 „
von 40—50 „ . . 1 „
von 50—70 „ . . 2 „

Es war 6mal die rechte und 8mal die linke Lunge erkrankt.

Rechter Ober- und Unterlappen waren je 2mal ergriffen und 2mal war die ganze rechte Lunge erkrankt.

Linker Oberlappen war 2mal und linker Unterlappen 4mal ergriffen und 2mal war die ganze linke Lunge erkrankt.

Zwei doppelseitige Erkrankungen liegen vor; sie betreffen je beide Ober- und je beide Unterlappen.

Dezember	1	Juni	2
Januar	2	Juli	—
Februar	—	August	—
März	—	September	—
April	1	Oktober	—
Mai	—	November	6

Es fallen also auf die erste Hälfte des Jahres 4, auf die zweite 8 Lungenentzündungen.

Temperaturabfall erfolgte 7mal kritisch, 3mal lytisch.

Gestorben sind 2 Patienten: Ein 64-jähriger Mann aus Tübingen. Derselbe kam moribund in die poliklinische Sprechstunde, wurde nach Hause gefahren, und starb daselbst wenige Stunden später. Die Sektion ergab Entzündung des rechten Oberlappens. Der andere Fall betrifft einen 2-jährigen Knaben, welcher nach 18tägiger Krankheit seiner Lungenentzündung erlag. Der Verlauf derselben war ein solch eigentümlicher und von dem gewöhnten Bilde so abweichender, dass es angezeigt erscheint, näher auf diesen Fall einzugehen. (S. 25.)

Es kamen in den angeführten 6 Jahren (1897—1902) nach den aufgestellten Tabellen **133** Pneumoniker in poliklinische Behandlung.

Jahrg.	Zahl der Fälle	Tübingen	männliche	weibliche	Lustnau	männliche	weibliche
1897	31	15	7	8	16	12	4
1898	35	15	5	10	20	11	9
1899	28	12	3	9	16	12	4
1900	12	4	1	3	8	4	4
1901	15	9	4	5	6	2	4
1902	12	5	4	1	7	2	5
	133	60	24	36	73	43	30

Von diesen 133 Fällen kommen 60=45,11% auf Tübingen und auf Lustnau 73 = 54,89%

Es sind erkrankt 67 = 50,38% männliche
und 66 = 49,62% weibliche

Personen. Das männliche Geschlecht hat also 1 Fall von Lungenentzündung mehr aufzuweisen als das weibliche. In Tübingen selbst jedoch erkrankten nur 24 Männer = 40% an Lungenentzündung und 36 weibliche Personen = 60% und zwar zeigt mit Ausnahme von 1902 jedes einzelne Jahr mehr weibliche Kranke als männliche. In Lustnau dagegen sind unter den 73 Pneumonikern nur 30 = 41,1% weibliche Personen
und 43 = 58,9% männliche.

Die gemachte Beobachtung von dem Rückgange der Pneumonie im Allgemeinen geht aus dem Vergleich mit früheren Jahren deutlich hervor. In den 22 Jahren von 1874—1896 wurden im ganzen 1144 Fälle von Pneumonie behandelt — also im Mittel 52 Fälle im Jahre, dann geht es so erheblich herunter, dass das Mittel für 1897—1902 nur noch 22,2 Fälle das Jahr beträgt. Aus folgenden Zahlen lässt sich die relative Häufigkeit der Kinderpneumonien ohne Weiteres erkennen.

Im Jahre 1897 sind unter 31 wegen Lungenentzündung behandelten Personen nur 10 Kinder im Alter bis zu 10 Jahren anzuführen.

Im Jahre 1898 dagegen kommen auf 35 Fälle von croupöser Pneumonie 24 Kinderpneumonien und im Jahre 1899 sind von den 28 Patienten 22 Kinder.

Im Jahre 1900 wurden 12 Personen wegen Lungenentzündung behandelt und 9 davon sind Kinder unter 10 Jahren.

Im Jahre 1901 kommen von 15 Pneumonieen 12 auf Kinder bis zu 10 Jahren und im Jahre 1902 endlich sind unter 12 Lungenentzündungen 8 Kinderpneumonien zu verzeichnen. Mit Ausnahme vom Jahre 1897 kommen in den einzelnen Jahren mehr als $^3/_5$ der Fälle auf Kinder unter 10 Jahren.

Die Erkrankungen verteilen sich folgender Massen auf die einzelnen Altersklasssen :

	1897	98	99	00	01	02	
Es erkrankten im Alter bis zu 5 Jahren	5	18	16	6	5	4	=54
„ „ „ „ von 6—10 „	5	6	6	3	7	4	=31
„ „ „ „ „ 11—20 „	2	4	0	0	0	0	= 6
„ „ „ „ „ 21—30 „	4	0	1	0	0	0	= 5
„ „ „ „ „ 31—40 „	4	3	2	1	1	1	=12
„ „ „ „ „ 41—50 „	1	0	1	1	0	1	= 4
„ „ „ „ „ 51—70 „	7	3	1	1	2	2	=16
„ „ „ „ „ 71 und darüber	3	1	1	0	0	0	= 5
							133

Es erkrankten demnach unter 133 Personen 85 Kinder im Alter bis zu 10 Jahren an Lungenentzündung.

Vom 11 bis zum 50 Jahre erkrankten 27
und vom 50 ab aufwärts „ 21
Personen.

Im Alter bis zu 10 Jahren 63,91%
von 11.– 50. Jahre 20,30%
von 50. Jahre und darüber 15,79%

Jürgensen (croupöse Pneumonie pag. 27) hat bei 131 Fällen von croupöser Pneumonie aus der Tübinger Poliklinik (vom Mai 1873—Ende 1875) folgende Morbilität:

Im Alter bis zu 10 Jahren 47,5%
vom 11.—50. Jahre 22,8%
vom 50. aufwärts 29,7%

Vergleicht man diese Zahlen, so ergibt sich für die letzten 6 Jahre ein plus von über 16% Kinderpneumonien Da die Zahlen aus demselben (sich stets gleich bleibenden) Material der Tübinger Poliklinik und fast aus der gleichen Anzahl von Fällen (133 und 131) gewonnen sind, so lassen sie sich zur Bestätigung der Beobachtung der relativen grossen Häufigkeit der Kinderpneumonien der letzten Jahre sehr wohl verwerten.

Sonst haben sich die Zahlen zu Gunsten des vorgerückten Alters etwas verschoben.

Für den gefährlichen Charakter, welchen die Kinderpneumonien in den letzten Jahren angenommen haben, sollen ebenfalls Zahlen sprechen. Von den 133 an croupöser Pneumonie erkrankten Personen starben 13 und unter diesen 13 sind 4 Kinder im Alter bis

zu 2 Jahren (2 Knaben und 2 Mädchen). Jürgensen (croupöse Pneumonie pag. 199) hat von 131 Pneumonikern (Tübinger Poliklinik Mai 1873 bis Ende 1875) im Alter bis zu 10 Jahren keinen Toten zu verzeichnen. Nach der im Jahre 1883 von dem damaligen I. Assistenzarzt an der Tübinger Poliklinik Dr. Keller herausgegebenen Arbeit „zur Aetiologie der croupösen Pneumonie mit besonderer Berücksichtigung der Pneumonie des Kindesalters nach dem Material der Tübinger Poliklinik starben von 184 pneumonischen Kindern (1873–81) im Alter bis zu 10 Jahren 2. Während Jürgensen 0%, Keller 1,09% Mortalität bei Kindern bis zu 10 Jahren hat, beträgt die Mortalität jetzt 4,7%, und da sämtliche an Pneumonie gestorbenen Kinder der letzten 6 Jahre bis zu 2 Jahre alt waren und 54 in diesem Alter erkrankten, ergiebt sich sogar eine Mortalität von 7,4%, eine Zahl, welche sicherlich nicht für die Gutartigkeit der Kinderpneumonien in den letzten Jahren sprechen wird.

Die Gesamtmortalität (13) bei 133 Fällen beträgt 9,77%, so dass im Allgemeinen der Charakter der Pneumonie in den letzten Jahren nicht gerade als besonders bösartig bezeichnet werden kann. Jürgensen hat unter 131 Fällen an croupöser Pneumonie 19 Tote = 14,5% zu verzeichnen (Croupöse Pneumonie). Dabei ist das jüngste Tote 28 Jahre alt. Diese Veränderung der Mortalität zu Gunsten der Erwachsenen und zu Ungunsten der Kinder ist immerhin auffallend und bemerkenswert.

Unter den 9 erwachsenen Toten sind 9 männliche und 4 weibliche zu verzeichnen. Das Alter der einzelnen Toten ist aus der aufgestellten Todesstatistik ersichtlich.

Es dürfte noch von Interesse sein, festzustellen, wie sich die Erkrankungen an croupöser Pneumonie in den letzten 6 Jahren auf die einzelnen Monate verteilten. Das Jahr ist dabei nach Ziemssen so eingeteilt, dass die eine Hälfte (Winterhalbjahr) vom 1. Dezember bis letzten Mai gerechnet wird, während die andere (Sommerhalbjahr) vom 1. Juni bis letzten November reicht.

Es verteilen sich nun die Fälle auf das Winterhalbjahr und Sommerhalbjahr im Einzelnen und im Ganzen folgendermassen:

Jahrgang	Dezember	Januar	Februar	März	April	Mai	
1897	3	3	2	1	2	5	16
1898	2	6	2	8	5	7	30
1899	3	1	0	3	0	5	12
1900	1	1	—	2	2	2	8
1901	0	0	1	1	1	3	6
1902	1	2	—	—	1	—	4
	10	13	5	15	11	22	76

Jahrgang	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	
1897	2	3	1	1	3	5	15
1898	2	1	0	0	0	2	5
1899	4	3	5	2	1	1	16
1900	2	2	0	0	0	0	4
1901	8	1	0	0	0	0	9
1902	2	0	0	0	0	6	8
	20	10	6	3	4	14	57

Es kommen auf das Winterhalbjahr 76 Fälle = 57,14 % und auf die 2te Hälfte 57 Fälle = 42,86 %. Das Winterhalbjahr hat also ein Plus von 14,28 %. Keller erhält bei 483 Fällen aus der Tübinger Poliklinik für die I. Hälfte 69,2 % und für die II. (Sommer u. Herbst) 30,8 %. Es fällt auf, dass in den letzten Jahren das Sommerhalbjahr verhältnismässig stark mit Pneumoniefällen bedacht wurde. Denn auch nach den von Jürgensen (croupöse Pneumonie) angegebenen Zahlen die Pneumoniefrequenz in den beiden Hälften des Jahres betreffend, hat das Sommerhalbjahr durchschnittlich 30 % Fälle weniger aufzuweisen als das Winterhalbjahr.

Von den einzelnen Monaten ist am meisten betroffen der Mai mit 22 Fällen; ihm am nächsten stehen Juni mit 20 und März mit 15 Fällen.

Das Minimum fällt auf den September mit 3 Erkrankungen; ihm am nächsten stehen Oktober mit 4 und Februar mit 5 Fällen.

Der Mai ist auch in den einzelnen Jahren im Allgemeinen am meisten bedacht. Im Jahre 1899 nimmt er mit dem August die erste Stelle ein und 1900 mit dem Juni. 1901 wird er von letzterem um 5 Fälle übertroffen und 1902 nimmt mit 6 Fällen der November die erste Stelle ein, während der Mai an letzter Stelle sich befindet.

Im Jahre 1897 teilt er sich mit dem November in die erste Stelle. In der oben angeführten Arbeit von Dr. Keller fällt das Maximum der Erkrankungen auf den Februar, das Minimum wie hier auf den September.

Der Satz Jürgensens, dass in einem kontinentalen Klima das Maximum der Erkrankungen in die Monate März bis Mai fällt, und das Minimum in die Monate September bis November findet übrigens auch durch obige Tabellen seine Bestätigung.

Was nun die Erkrankung der Lunge, vielmehr den Sitz der Erkrankung in der Lunge betrifft, so war bei den 133 Fällen der letzten 6 Jahre 62mal die r. Lunge ergriffen und zwar 20mal der Oberlappen, 32mal der Unterlappen und 10mal die ganze r. Lunge.

Es kommen also auf die r. Lunge 46,62%, auf den r. Oberlappen 15,04%, auf den r. 24,06%, auf die ganze Lunge 7,52%.

Die linke Lunge erkrankte 63mal und zwar 7mal der Oberlappen, 46mal der Unterlappen und 10mal die ganze Lunge.

Es kommen auf die linke Lunge 47,37%, auf den Oberlappen 5,26%, auf den Unterlappen 34,59%, auf die ganze Lunge 7,52%.

Beide Lungen erkrankten in 8 Fällen = 6,01%, beide Oberlappen 2mal = 1,5%, beide Unterlappen 4mal = 3,01%, rechter Ober- und l. Unterlappen 2mal = 1,5%.

Diese Zahlen ergeben das auffallende Resultat, dass die linke Lunge entgegen den bisherigen Beobachtungen öfters erkrankte als die rechte. Der Unterschied beträgt allerdings nur 1 Fall (Rechts 46,62% und links 47,37%). Am häufigsten findet sich der linke Unterlappen ergriffen 34,59% und nach ihm erst mit 24,06% kommt der r. Unterlappen und diese Differenz verschafft der l. Lunge auch im Endresultat den Vorzug vor der rechten, denn der l. Oberlappen ist nur mit 5,26% beteiligt, während der rechte 15,04% aufzuweisen hat. Abgesehen vom l. Unterlappen stimmen obige Zahlen mit denen von Jürgensen (croupöse Pneumonie pag. 54 u. 55 angegebenen) ziemlich genau überein

Nebenbei sei noch bemerkt, dass der Temperaturabfall, soweit aus den Krankengeschichten und Temperaturkurven ersichtlich bei 121 Fällen 90mal kritisch (74,38 %) und 31 mal lytisch (25,62 %) erfolgte.

Nachdem der gefährliche Charakter der Kinderpneumonieen der letzten Jahre durch die Todesstatistik festgesetzt ist, erübrigt es noch an der Hand einiger Krankengeschichten die Behauptung zu rechtfertigen, dass die Kinderpneumonieen der letzten Zeit vielfach einen atypischen Verlauf zeigen, abgesehen von dem etwa eingetretenen tödlichen Ende.

Wilhelm K., 2 Jahre alt, aus Tübingen kam am 25. VI. 02 in die poliklinische Behandlung.

Aus der Anamnese ist nun hervorzuheben, dass schon einige Wochen vorher das Kind nicht mehr so munter gewesen sei wie sonst; es habe häufig gefiebert, sei nachts zuweilen aus dem Schlafe aufgefahren und habe geschrieen. Der Appetit habe nachgelassen. Drei Tage vor der Aufnahme in die poliklinische Behandlung (am 22 VI.) musste das Kind sich morgens erbrechen und wollte nicht aufstehen. Am folgenden Tage war es jedoch wieder munter und war ausser Bett. Am nächsten Tage jedoch klagte das Kind über Kopfschmerzen und musste wieder zu Bett gebracht werden. An diesem Tage hatte sich auch Abweichen eingestellt. Erbrechen war nicht mehr aufgetreten. Die Eltern des Kindes leben und sind gesund. Ein Brüderchen ist an Brechdurchfall gestorben; ein anderes lebt und ist gesund. P. sei früher nie krank gewesen.

Status am Tage der Aufnahme (25. VI.) Temperatur 39,5, Puls 153, Atmung 33. Das Kind befindet sich in ordentlichem Ernährungszustande. Die Hautfarbe ist sehr blass; Cyanose nicht vorhanden. Auffallend ist die grosse Unruhe des Kindes; es schreit fast unausgesetzt, auch ohne dass es berührt oder sonst irgendwie belästigt wird. Zuweilen kreischt es laut auf. Die Atmung ist ziemlich angestrengt, die Atemzüge folgen unregelmässig aufeinander. Die Nasenflügel spielen etwas; an der Stirne sind einige Falten sichtbar. Pupillen sind ziemlich gross, beiderseits gleich weit und reagieren sehr träge auf Lichteinfall. Bauch nicht eingezogen, noch druckempfindlich. Sensibilität im Allgemeinen überall bedeutend gesteigert; auch sind sämtliche Reflexe etwas verstärkt. Auf der Haut lässt sich das Trousseau'sche Phänomen hervorrufen.

Herztätigkeit ist sehr unruhig und beschleunigt, jedoch regelmässig.

Der Spitzenstoss ist im V. Intercostalraum deutlich hebend, fühlbar fingerbreit ausserhalb der Mammillarlinie Herzdämpfung reicht nach oben bis zum unteren Rand der 3. Rippe, nach rechts beinahe bis zum rechten Sternalrande.

Lungenlebergrenze am unteren Rand der 6. Rippe. Herztöne sind vollkommen rein. Lungengrenzen finden sich hinten unten beiderseits in Höhe des 9.—10. Brustwirbels. Bei vergleichender Percussion erhält man, soweit es sich bei der grossen Unruhe des Kindes nachweisen lässt — überall lauten vollen Lungenschall. Auskultatorisch finden sich nur einige giemende Geräusche aus den grossen Bronchien. Atmungsgeräusch überall rein vesikulär.

Leber und Milz erscheinen nicht vergrössert; Urin enthält weder Zucker noch Eiweiss. Spez. Gewicht: 1022.

26. VI. Kind hatte in der Nacht 6 dünne Stühle und morgens heftiges Erbrechen; es klagt fortwährend über Kopfschmerzen, greift häufig mit den Händen nach dem Kopfe und zeigt grösste Unruhe. Pupillen sind grösser als normal und reagieren sehr langsam. Erscheinungen von Lähmungen fehlen. Herz- und Lungenbefund unverändert.

28. VI. Die Nächte sind sehr unruhig, das Kind bohrt den Kopf in das Kissen und schreit häufig laut auf. Der Schall über der rechten Lungenspitze ist heute etwas abgeschwächt. Auskultatorisch ist nichts Besonderes nachweisbar.

Erhöhte Sensibilität andauernd vorhanden. Trousseau'schen Phänomen deutlich: Stühle sind etwas diarrhöisch (2—4mal täglich). Im Urin kein Eiweiss. Spez. Gewicht 1024. Diazoreaktion negativ.

30. VI. Bei andauernd hohen Temperaturen hat sich das Befinden des Kindes nur wenig geändert. Es schreit fast fortwährend, greift mit den Händchen gegen den Kopf und bohrt den Kopf in das Kissen. Die Halswirbelsäule ist auf Druck sehr schmerzhaft.

Ueber dem rechten oberen Lungenlappen ist jetzt eine deutliche Dämpfung nachweisbar, jedoch ergibt die Auskultation keine Besonderheiten.

2. VII. Das Kind hat eine bessere Nacht gehabt und ist heute etwas ruhiger. Temperatur auf 38,0 gesunken. Dämpfung über der r. Spitze ist deutlich und man hört heute auch über der gedämpften Partie ein rauhes Atmungsgeräusch von bronchialem Charakter. Das Verhalten der Pupillen ist wechselnd, heute sind sie ziemlich klein, die linke noch etwas kleiner als die rechte. Reaktion auf Lichteinfall sehr träge erfolgend. Die Halswirbelsäule ist auf Druck noch sehr empfindlich. Auf der Stirne deutliche Falten. Trousseau'sches Phänomen ausgesprochen vorhanden.

Puls heute nicht so frequent wie bisher, jedoch klein und sehr unregelmässig in Füllung und Schlagfolge.

3. VII. Kind hat weniger geschrien in der Nacht und viel geschlummert. Sensibilität weniger gesteigert. Trousseau'sches Phänomen nicht mehr so deutlich. Beide Pupillen sind eng und reagieren träge. Halswirbelsäule auf Druck noch ziemlich empfindlich. Lungenbefund ist unverändert.

4. VII. Die cerebralen Erscheinungen haben noch mehr abgenommen, auch die Halswirbelsäule weniger druckempfindlich als bisher. Temperatur ist heute Mittag auf 36,7 abgefallen. (Morgentemperatur 38,1). Auch die Frequenz von Puls und Atmung hat abgenommen. In der r. Achselhöhle ist der Schall im Vergleich mit der l. Seite deutlich abgeschwächt. Ueber der Spitze selbst ein Unterschied kaum mehr vorhanden. Ueber der gedämpften Partie hat das Atmungsgeräusch bronchialen Charakter. Puls ist etwas unregelmässig. Im Urin kein Eiweiss. Spez Gewicht 1018.

5. VII. Verschlimmerung eingetreten. Gestern Abend wieder jäher Anstieg der Temperatur auf 40,5. Nacht sehr unruhig. — Heute Morgen fehlen Gehirnerscheinungen fast vollständig. Geringe Druckempfindlichkeit

der Halswirbelsäule bis zum V. Halswirbel noch vorhanden. Dagegen ist im Allgemeinen die Sensibilität nicht mehr gesteigert. Die Reflexe sind nicht verstärkt Das Phänomen von Trousseau nicht mehr vorhanden. Pupillen klein und nicht mehr reagierend. In der r. Achselhöhle eine ziemlich feste Dämpfung, welche sich aber nach keiner Seite deutlich abgrenzen lässt. Ueber der gedämpften Partie ist deutliches rauhes Bronchialatmen zu hören. Sonstiger Lungenbefund unverändert.

8. VII. Kind ist mager geworden. Halswirbelsäule noch druckempfindlich, sonstige cerebrale Erscheinungen fehlen. Lungenbefund hat sich geändert: Die Dämpfung in der rechten Achselhöhle ist verschwunden, dagegen ist eine Dämpfung über dem r. Unterlappen vom 5. Brustwirbel nach abwärts deutlich nachweisbar. Nach vorne reicht die Dämpfung bis zur mittleren Axillarlinie. Ueber der gedämpften Partie ist Bronchialatmen und lautes Knisterrasseln zu hören.

10. VII. Andauernd hohe Temperaturen. Feste Dämpfung rechts hinten unten. Daselbst lautes Bronchialatmen und Knisterrasseln. Atmung und Pulsfrequenz fortwährend hoch. Keine Gehirnsymptome. Leichte Schmerzhaftigkeit im Nacken. Immer leichte Diarrhoen. Im Urin kein Eiweiss. Spez. Gewicht 1022.

12. VII. Temperatur ist langsam abgefallen. Kind ist ruhig und schlummert viel, es ist sehr hinfällig geworden. Der Puls ist verhältnismässig kräftig und nicht unregelmässig. Atmung sehr frequent; keine Gehirnerscheinungen.

Lungenbefund unverändert. Diarrhoen seit gestern aufgehört.

13. VII. Puls und Atmungsfrequenz ohne Temperatursteigerung in die Höhe gegangen. Ueber beiden Lungen vereinzelte grobe Rasselgeräusche zu hören. Sonstiger Befund unverändert. Abends 6 Uhr tritt ganz unerwartet bei einer Temperatur von 36,8 der Tod ein.

Die Sektion wurde am folgenden Tage von Prof. Dr. v. Baumgarten ausgeführt. Die klinische Diagnose lautete: Croupöse Pneumonie der rechten Lunge; neueste Lokalisation im Unterlappen. Stärkere cerebrospinale Reizerscheinungen.

Sektionsprotokoll:

2jähr. kindl. Leiche, männlichen Geschlechts Hautdecken sind sehr blass, Muskulatur dünn, Haut jedoch ziemlich fettreich, keine Oedeme. Totenstarre teils gelöst, teils vorhanden.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man die Därme in normaler Lage. Serosa durchsichtig und spiegelnd. Die Leber schliesst mit dem Thoraxrande ab Zwerchfellstand rechts: 4 I.C.R., links: unterer Rand der 4 Rippe. Das Sternum erscheint etwas vorgetrieben; sonst nirgends Knochenauftreibungen.

Nach Lüftung des Sternums ziehen sich die Lungen nicht genügend zurück, namentlich die rechte nicht. Herzbeutel liegt 2 Finger breit frei. Die beiden freien Lungenränder treten nahe aneinander. Freie Flüssigkeit ist nicht vorhanden. Rechts finden sich weitgehende lockere Adhäsionen zwischen Pleura costalis und Pleura pulmonalis.

Gehirn und Rückenmark:

Nach Abnahme des Schädeldaches zugleich mit der Dura mater zeigen die oberflächlichen Venen starke Injektion. In den Sulci befindet sich klare Flüssigkeit.

Der Balken ist vorgewölbt. Die Seitenventrikel sind erweitert und mit seröser Flüssigkeit gefüllt. Nach Herausnahme des Gehirns sammelt sich in den Gruben der Basis reichlich klare Flüssigkeit. Die Häute der Basis sind dünn und zart, ebenso die der Convexität und dabei vollkommen durchsichtig. Nach Eröffnung des Durasackes des Rückenmarkes sieht man die hinteren Spinalvenen stark injiciert. Die Häute sind auch hier durchsichtig. Die in der Gegend der cauda equina angesammelte Flüssigkeit ist vollkommen klar.

Auf Durchschnitten durch das Rückenmark und das Gehirn in den verschiedenen Abschnitten findet sich nirgends eine Veränderung der normalen Farbe, Consistenz und Zeichnung.

Herz und Blutgefässe:

Das Herz ist von regelrechter Form und Grösse. Die Spitze wird vom linken Ventrikel gebildet. Der Sulcus longitudinalis verläuft nach rechts von der Mittellinie. Rechter Vorhof ist durch Blut ziemlich stark ausgedehnt. Im Perikard findet sich eine geringe Menge klarer Flüssigkeit. Im linken Vorhof ist ziemlich viel Cruor und nur wenig flüssiges Blut. Der r. Vorhof ist gefüllt mit Speckhautgerinnsel, der rechte Ventrikel mit Blut. Die Vena cava inferior reichlich mit Blut gefüllt. Im r. Ventrikel befindliches Speckhautgerinnsel setzt sich in die Art. Pulmonalis fort Sämtliche Klappen sind normal. Foramen ovale vollständig geschlossen. Die grossen Gefässe zeigen nichts Krankhaftes.

Lungen und Halsorgane:

Nach Durchschneidung des linken Bronchus entleeren sich reichlich eitrige Sekretmassen. Ein grosser Teil des l Unterlappens ist atelektalisch. Die Pleura ist vollständig glatt und durchsichtig. Die atelektalischen Partien lassen sich vollkommen aufblasen. Auf dem Durchschnitt zeigt sich die Lunge ziemlich blutreich. Aus den Bronchien lassen sich Eiterpfröpfe herausdrücken. Die Bronchialdrüsen sind geschwellt und stark gerötet, ebenso die Bronchialschleimhaut. Die Bronchien sind bis in die kleinsten Aeste mit zäheitrigem Schleim gefüllt.

Die rechte Lunge ist im Oberlappen ziemlich blass und zeigt einen leicht abgerundeten vorderen Rand. Der spitze Teil erscheint als ein besonderer kleiner Lappen, während der Unterlappen nicht eigentlich abgegrenzt ist.

Der Unterlappen ist stark gerötet und mit fibrinösem Exsudat überzogen. Beim Versuch die Lunge aufzublasen, lässt sich der Unterlappen nur an einzelnen Stellen aufblasen, Ober- und Mittellappen jedoch vollkommen. Der Unterlappen fühlt sich leberartig an. Auf der Schnittfläche findet sich im Ober- und Mittellappen bei geringem Blutgehalt ein mächtiges Oedem. Das Gewebe wie die Pleura ist vollkommen normal. Nur an der dem Interlobularspalt zugewandten Partie der Pleura des Unterlappens findet sich ein zarter fibrinöser Belag.

Der Unterlappen zeigt auf dem Durchschnitt fast vollständig hepatisiertes Aussehen von grauroter Farbe und feinkörniger Schnittfläche Er ist fast völlig luftleer, nur dicht unter der Pleura finden sich vereinzelte schwach mit Luft gefüllte Läppchen. Die Bronchien sind auch hier mit reichlichen eitrigen Sekretmassen gefüllt bis in die feinsten Aeste hinein Bronchialschleimhaut ist geschwollen und gerötet.

Peritoneum und Milz:

Masse der Milz 9:4,5:2. Milz demnach nicht unbedeutend geschwollen. Auf der Schnittfläche drängt sich die dunkelrote Pulpa vor, die Follikel verdeckend.

Nieren:

Kapsel leicht abziehbar. Die Rinde erscheint in der ganzen Ausdehnung hyperämisch; auch auf dem Durchschnitt Hyperämie, so dass die Pyramiden von der Rindensubstanz sich wenig abheben Rinde leicht getrübt.

Magen und Darmkanal:

Im Darme finden sich einige kleine Ekchymosen. Der Darminhalt ist dünnflüssig; die folliculären Apparate sind nicht geschwellt. Mesenterialdrüsen leicht vergrössert.

Der Magen enthält schleimigen mit geronnener Milch gemengten Inhalt.

Leber:

zeigt glatte Oberfläche, braunrote Farbe, wenig deutliche acinöse Zeichnung.

Bakteriologische Untersuchung:

In dem bronchitischen und pneumonischen Exsudat sind zahlreiche lanzettförmige Diplococcen nachzuweisen.

Anatomische Diagnose:

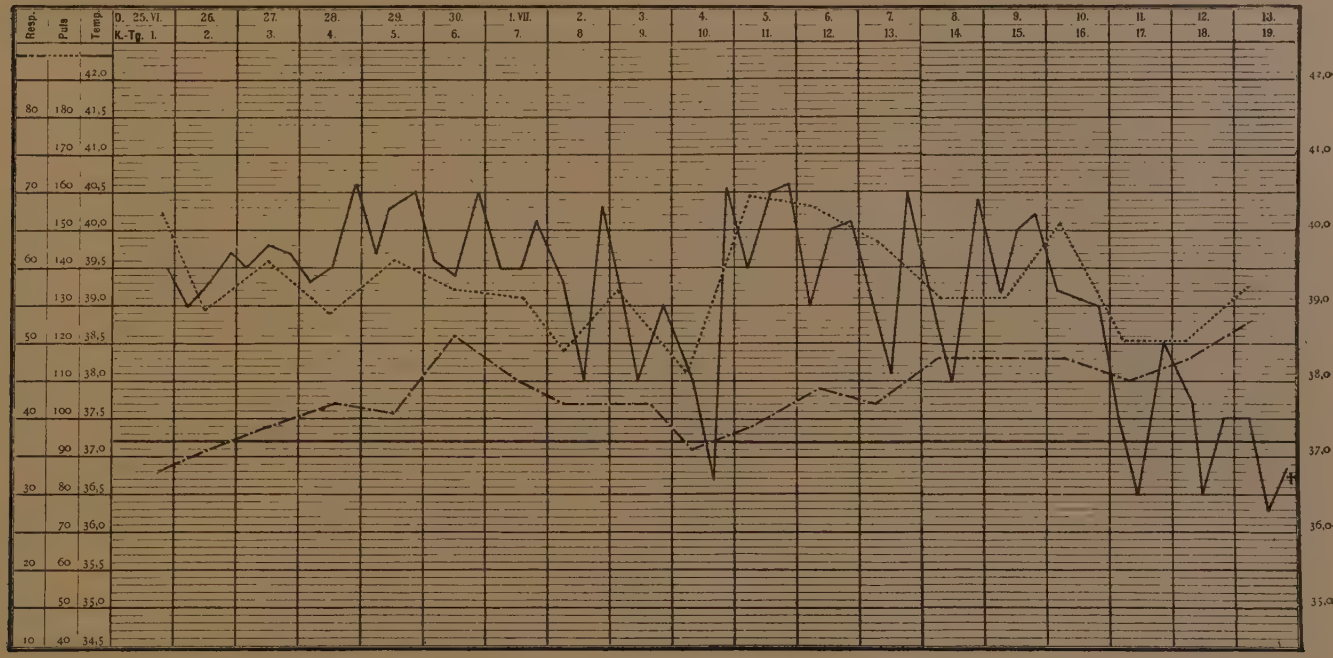
Croupöse Pneumonie des r. Unterlappens mit diffuser eitriger Bronchitis beiderseits. Milzschwellung. Akute Gastro-enteritis catarrhalis.

Zur Sicherung der anatomischen Diagnose, vor allem um eine käsige Pneumonie ausschliessen zu können, wurden vom r. Unterlappen Paraffinschnitte angelegt zur mikroskopischen Untersuchung. Diese ergab als Resultat uuzweifelhafte croupöse Pneumonie.

Wäre dieser Fall nun nicht zur Sektion gekommen, so hätte man vielleicht doch im Zweifel sein können, ob nicht vielleicht neben der croupösen Pneumonie eine Meningitis oder vielleicht tuberculöse Processe bestanden. Denn, wenn auch nicht gerade sehr selten der Beginn einer croupösen Pneumonie kein akuter, sondern ein schleichender ist, so dürfte es doch sehr aussergewöhnlich sein, dass, wie aus der Anamnese zu entnehmen ist, die Prodrome sich auf einige Wochen erstrecken, während welcher das Kind zuweilen fiebert, nachts nicht schläft, über Kopfschmerzen klagt, sich erbricht und bald mehr, bald weniger kränklich erscheint Als dann endlich der Arzt gerufen wird, stehen cerebrale Erscheinungen so sehr im Vordergrund, dass bei dem negativen Lungenbefunde wohl eher an eine Meningitis, als an eine Pneumonie zu denken war. Dazu kommt, dass die Temperaturen anfangs nicht so hoch waren, dass man die cerebralen Erscheinungen durch das Fieber bedingt hätte annehmen müssen. Erst am 28. VI., 3 Tage nach dem ersten Besuche des Arztes, steigt die Temperatur auf 40,0 (40,1) und jetzt erst findet man Schallabschwächung über der r. Lungenspitze

und am 30. VI ist über dem r. oberen Lungenlappen eine deutliche Dämpfung wahrnehmbar; die Auscultation ergibt jedoch keine Besonderheiten.

Die cerebralen Erscheinungen (starke Unruhe, plötzliches Aufschreien, Bohren des Kopfes in das Kissen, wechselnde, träg reagierende Pupillen, Druckempfindlichkeit der Halswirbelsäule, erhöhte Sensibilität, Trousseau's Phänomen,) stehen immer noch so im Vordergrund, dass mit einer Erkrankung der Meningen gerechnet werden muss. Am 2. VII. hört man über der gedämpften Partie ein Atmungsgeräusch von bronchialem Charakter. Die Temperatur sinkt jetzt, das Kind wird ruhiger, cerebrale Erscheinungen kaum mehr vorhanden. Nachdem die Temperatur am 4. VII. mittags auf 36,7 gefallen ist, steigt sie abends wieder auf 40,5 an: neue feste Dämpfung in der r. Achselhöhle und dort deutliches Bronchialatmen. Man hat also neben einem atypischen Beginn einen atypischen Verlauf abgesehen von den meningitischen Erscheinungen insofern, als nach der Krisis ein neuer Temperaturanstieg mit weiterer Ausbreitung der Pneumonie erfolgt. In diesem Sinne spricht auch die beigegebene Temperaturkurve schon für das Atypische unseres Falls.


Resp.
Puls
Temp.
0. 25. VI.
K.-Tg. 1.
26. 2.
27. 3.
28. 4.
29. 5.
30. 6.
1. VII. 7.
2. 8
3. 9.
4. 10.
5. 11.
6. 12.
7. 13.
8. 14.
9. 15.
10. 16.
11. 17.
12. 18.
13. 19.
42,0
41,5
41,0
40,5
40,0
39,5
39,0
38,5
38,0
37,5
37,0
36,5
36,0
35,5
35,0
34,5
80 180
170
70 160
150
60 140
130
50 120
110
40 100
90
30 80
70
20 60
50
10 40
42,0
41,0
40,0
39,0
38,0
37,0
36,0
35,0

Bevor die Entzündung in der rechten Achselhöhle abgelaufen ist, ergreift sie nun auch den rechten Unterlappen (Dämpfung, Bronchialatmen und Knisterrasseln) und am 13. VII. tritt, nachdem schon am 11. VII. Temperaturabfall erfolgt war, abends plötzlich und ganz unerwartet der Tod ein. Es waren keine besonderen Erscheinungen mehr aufgetreten, nur Puls und Atmung waren ohne Temperaturanstieg in die Höhe gegangen. Tod an Kollaps infolge jähen Temperaturabfalles ist ausgeschlossen, da schon seit dem 11. VII. Fieber eigentlich nicht mehr bestand. Der Puls wird am 12. VII. noch als verhältnismässig kräftig und nicht unregelmässig bezeichnet. Neben atypischem Beginn und Verlauf ist auch ein atypisches Ende eingetreten. Cerebrale Erscheinungen, welche zur Zeit des ersten Fieberabfalles immer mehr zurücktraten, sind während der 2ten Hälfte der Krankheit, auch zur Zeit des höchsten Fiebers, überhaupt nicht aufgetreten, so dass man zu der Annahme veranlasst wird, dass die cerebralen Erscheinungen überhaupt nicht durch die Steigerung der Körperwärme bedingt waren, zumal ja sie am stärksten bei Beginn der Erkrankung ausgesprochen erschienen, als die Temperaturen noch am niedrigsten waren.

Man kommt vielmehr zu der Annahme, dass diese cerebralen Erscheinungen durch das im Blute kreisende pneumonische Gift hervorgerufen wurden, wodurch ja eine nachweisbare Veränderung der Organe nicht bedingt war. Auch das Kränkeln des Kindes, das Abweichen vor dem eigentlichen Ausbruch der Krankheit wird vielleicht nicht mit Unrecht auf pneumonisches Gift zurückgeführt, welches sich eben erst nachträglich in der rechten Lunge lokalisierte und dadurch zur Entzündung derselben führte, einem Hauptsymptome der Erkrankung durch diesen spezifischen Krankheitserreger. Es scheint auch dieser Krankheitsfall den von Jürgensen zuerst ausgesprochenen Satz zu bestätigen, dass die croupöse Pneumonie eine allgemeine Krankheit ist und keine örtlich bedingte. Der verschiedene Verlauf der Krankheit ist bedingt durch die verschiedene Stärke des Krankheitserregers.

Rosa F., 1½ Jahre alt, aus Lustnau, kam am 25. II 03 in die poliklinische Behandlung. Nach der Anamnese war Patientin sonst immer gesund gewesen; Eltern und 7 Geschwister leben und sind gesund.

14 Tage vor der Aufnahme des Kindes in die poliklinische Behandlung fällt der Mutter auf, dass ihr Kind schlechter aussah, schlechten Appetit hatte, unruhig schlief und im Allgemeinen nicht mehr so munter war wie früher; auch habe das Kind einmal erbrochen und öfters gefiebert. Am Abend des 24. II

trat stärkeres Fieber auf, das Kind musste rasch atmen, wimmerte die ganze folgende Nacht, weshalb am anderen Morgen der Arzt zu Hilfe gerufen wurde.

Status praesens; (25. II.) Temperatur 39,5, Atmung 60, Puls 162.

P. ist von bleichem, schlechtem Aussehen, mager und sehr unruhig, wimmert fortwährend. Die Atmung ist rasch, oberflächlich und unregelmässig. Flankenschlagen nicht vorhanden, Puls sehr frequent, aber regelmässig.

Spitzenstoss ist nur schwach fühlbar und befindet sich im V. J.C.R. etwas unterhalb der Mammillarlinie. Herzdämpfung erstreckt sich nach oben bis zum oberen Rand der IV. Rippe und rechts bis zum linken Sternalrande. Herztöne sind rein. Lungenlebergrenze befindet sich am unteren Rand der V. r. Rippe. Lungengrenze befindet sich hinten unten in Höhe des 10.—11. Brustwirbels. Lungenspitzen stehen auf beiden Seiten gleich hoch. Bei vergleichender Percussion erhält man nirgends Schallabschwächung. Atmungsgeräusch überall vesikulär; daneben sind jedoch überall feuchte, fein und grossblasige Rasselgeräusche zu hören. Abdomen ist aufgetrieben und ergibt bei der Percussion entsprechend dem Colon descendens Dämpfung; die gedämpfte Partie lässt sich auch heraustasten. Stuhlgang seit 3 Tagen angehalten. Leber und Milz erscheinen nicht vergrössert und nicht druckempfindlich.

26. II. Nacht sehr unruhig, Kind wimmert beständig. Husten aufgetreten. Adomen (nach Stuhlgang) weniger aufgetrieben. Lungenlebergrenze am oberen Rand der VII. Rippe. DieDämpfung im Bereiche des Colon descendens verschwunden. In der rechten Achselhöhle scheint heute eine Schallabschwächung vorhanden zu sein. Sonst ist der Lungenbefund unverändert. Cerebrale Erscheinungen bestehen nicht.

27. II. Temperatur von 39,0 auf 36,0 abgefallen. Puls sehr unregelmässig, ausserordentlich beschleunigt (192 pro Minute). Atmung frequenter (60 Atemzüge in der Minute) und oberflächlich.

Lungenbefund unverändert.

28. II. Kind ist ruhiger geworden. Temperatursteigerung nicht mehr aufgetreten. Puls und Atmung noch sehr beschleunigt. Ersterer aber kräftiger und regelmässiger wie bisher.

1. III. Links hinten oben scheint heute geringe Schallabschwächung zu sein Die Dämpfung in der r. Achselhöhle noch nachzuweisen. Atmungsgeräusch überall vesiculär, daneben bestehen zahlreiche feuchte Rasselgeräusche über beiden Lungen.

Mittags steigt die Temperatur plötzlich auf 40,0 (Morgentemperatur 37,2) und zwar ging ein Schüttelfrost voraus. Am rechten Nasenflügel entwickelt sich ein Herpes.

2. III. Temperatur heute früh wieder 37,8 Lungenbefund: Rechts hinten oben geringe Schallabschwächung, die in die gedämpfte Partie in der r. Achselhöhle übergeht. Links hinten oben schwache Dämpfung. Das Exspirium links hinten oben hat bronchialen Charakter.

3. III. Nacht sehr unruhig, Kind sehr hinfällig. Es treten jetzt auch cerebrale Erscheinungen auf Pupillen sind verengt und reagieren träge auf Lichteinfall.

Sensibilität und Sehnenreflexe sind gesteigert. Trousseau's Phänomen ist vorhanden. Cheyne-Stokes Atemphänomen angedeutet.

Lungenbefund: Noch geringe Schallabschwächung rechts hinten oben und in der r. Achselhöhle; dagegen deutliche Schallabschwächung über der ganzen linken Lunge und zwar am stärksten links hinten unten in der Weise, dass sich eine für ein pleuritisches Exsudat charakteristische Dämpfungslinie bestimmen lässt. Die Linie beginnt in Höhe des VIII. Brustwirbels, steigt langsam von hinten nach vorne ab, um in der vorderen Axillarlinie die untere Lungengrenze zu schneiden Der Traubesche Raum ist frei. Der Zwerchfellstand befindet sich links hinten unten in Höhe des XI., rechts hinten unten in Höhe des IX. Brustwirbels. Die hier gefundene Dämpfung hat eine Breite von ca. 3 cm. Hier ist die Atmung fast vollständig aufgehoben; die Atmung darüber ist ziemlich laut und trägt bronchialen Charakter.

4. III. Stuhlgang jetzt diarrhöisch; bis jetzt bestand eher Verstopfung. — Bei der Atmung scheint die linke Seite heute etwas zurückzubleiben. Atmung und Puls sehr frequent (66 und 177 in der Minute); letzterer unregelmässig.

Lungenbefund: Dämpfung rechts hinten oben und in der Achselhöhle verschwunden; über der r. Clavicula geringe Dämpfung. Befund über der l. Lunge unverändert.

5. III. Kind ist ruhiger geworden, schläft einige Stunden. Cerebrale Erscheinungen nicht mehr vorhanden. Diarrhöen halten an. Linke Seite bleibt bei der Atmung zurück. Das pleuritische Exsudat ist stärker (ca. 5 cm breit) geworden. Der auskultatorische Befund ist unverändert.

27. III. Stuhlgang in Ordnung. Atmung weniger frequent (51 in der Minute). Lungenbefund unverändert. — Herzdämpfung: oberer Rand der II. Rippe, nach rechts bis zum linken Sternalrande reichend. Spitzenstoss lässt sich nicht bestimmen. Herztöne leise, aber rein. Puls 177 in der Minute.

8. III. P. hat abgefiebert. Morgentemperatur 36,7. Atmung 45, Puls 150. Ueber der r. Lunge ist nirgends mehr Dämpfung, dagegen ist auf der linken Lunge die Schallabschwächung in gleicher Stärke geblieben. Pleuritisches Exsudat unverändert. Darüber Atmung fast aufgehoben; oben hat die Atmung bronchialen Charakter. Sonst hört man überall vesikuläres Atmen und daneben reichliche Rasselgeräusche.

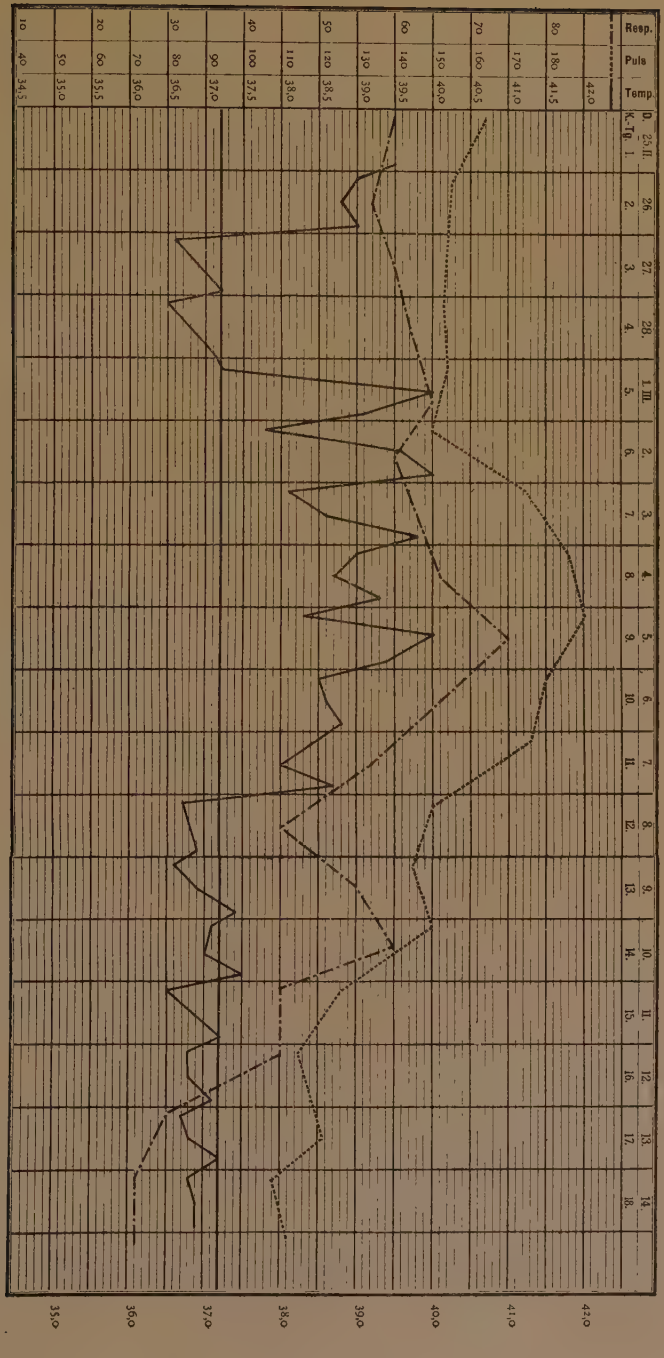
11. III. Temperatursteigerung nicht mehr aufgetreten. Befinden des Kindes ein sichtlich besseres geworden Linke Thoraxhälfte bleibt bei der Atmung kaum mehr zurück. Puls noch ziemlich beschleunigt, aber regelmässig.

Lungenbefund: Schallabschwächung hellt sich auf; Exsudat kleiner geworden. Atmung darüber deutlicher. Bronchialatmen links oben nicht mehr vorhanden. Die Rasselgeräusche über beiden Lungen sind weniger zahlreich.

13. III. Die Besserung schreitet fort in jeder Beziehung. Dämpfung besteht nur noch links hinten unten, entsprechend der Höhe (2—3 cm) des Exsudates pleuritisches Reiben zu hören.

18. III. Das Kind wird als geheilt aus der Behandlung entlassen.

Das atypische dieses Falles zeigt sich am deutlichsten in folgender Fieberkurve


Resp.
Puls
Temp
D. 25. II.
K.-Tg 1.
26. 2.
27. 3.
28. 4.
1. III. 5.
2. 6.
3. 7.
4. 8.
5. 9.
6. 10.
7. 11.
8. 12.
9. 13.
10. 14.
11. 15.
12. 16.
13. 17.
14. 18.
42,0
41,0
40,0
39,0
38,0
37,0
36,0
35,0

Die Wanderpneumonie kommt hier noch mehr zum Ausdruck als in dem vorhergehenden Falle. Der Beginn der Erkrankung ist ebenso schleichend wie dort, doch treten trotz des hohen Fiebers cerebrale Erscheinungen nur ganz vorübergehend und weniger stark auf.

Will man aus der gemachten Zusammenstellung der Pneumoniefälle der letzten 6 Jahre ein Resultat ziehen, so lässt sich wohl behaupten, dass die Pneumonie im Ganzen seltener und weniger gefährlich geworden ist für Erwachsene, dass aber die Kinderpneumonien nicht abgenommen haben und dass der Verlauf derselben vielfach ein atypischer und der Charakter des Krankheitserregers ein gefährlicherer wurde.

Zum Schlusse dieser Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr v. Jürgensen für die liebenswürdige Ueberlassung der Arbeit und die gütige Unterstützung bei derselben, sowie Herrn Privatdozent Dr Dietrich für den freundlichen Beistand bei meinen mikroskopischen Untersuchungen meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich Albert Josef Werfer bin geboren zu Ellwangen am 2. Januar 1878 als der Sohn des Medizinalrats Dr Werfer in Ellwangen.

Vom Herbst 1886 bis Herbst 1896 besuchte ich das Kgl. Gymnasium in Ellwangen, welches ich mit dem Zeugnis der Reife verliess. Vom 1. Oktober 1896 bis 1. April 1897 diente ich als Einjährig-Freiwilliger in Ludwigsburg und begab mich dann zum Studium der Medizin nach Tübingen. Dort bestand ich im Sommer 1899 das Tentamen Physicum. Die nächsten zwei Semester studierte ich in Berlin und kehrte dann zur Vollendung meiner Studien nach Tübingen zurück. Im März 1903 erhielt ich die Approbation als praktischer Arzt. Ich genügte nun als Einjährig-Freiwilliger Arzt und Unterarzt der II. Hälfte meiner Militärpflicht in Ulm und bin jetzt Assistenzarzt an der chirurgischen Abteilung im Marienspital zu Stuttgart.